



546933
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/21	4-Data de Autorização 11/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8571277	7-Data Validade da Senha 08/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202537651600000101		13-Nome MICHEL FERNANDES		14-Telefone () / /		15-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano MICHEL FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 14893		19-UF SC		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		23-Número no CRO 14893		24-UF SC	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08104793977		22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		25-Código CNES (I) 85100200		26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	
		27-Número no CRO 14893		28-UF SC		29-Código CBO S (I) 85100200	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	43		1	73,00	0,00		S	12/05/21		Jatiane
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	41	ML	1	88,00	0,00		S	17/05/21		Jatiane
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DL	1	88,00	0,00		S	17/05/21		Jatiane
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/05/21		Jatiane
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/05/21		Jatiane
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/05/21		Jatiane
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/05/21		Jatiane
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 389,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/21 Gisle	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/21 Gisle	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/21 Jatiane	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--